

CAPÍTULO VIII

La salud mental y el desplazamiento forzado

Geert V. K. A. Haghebaert, Mônica Zaccarelli Davoli***

Entendemos como poblaciones afectadas por el desplazamiento forzado a “las personas o grupos de personas que se han visto obligadas a escapar o huir de su hogar o de su lugar de residencia habitual, en particular, como resultado de un conflicto armado o para evitar sus efectos, de una situación de violencia generalizada o de violaciones de los derechos humanos” (1). Se incluyen aquí los refugiados (personas que cruzaron una frontera estatal internacionalmente reconocida) y los desplazados internos en relación con violencia o conflictos.

En términos cuantitativos, el número de personas afectadas por la violencia masiva, con su posible impacto en términos de salud pública, es abrumador. El Proyecto 1 billón se refiere a más de un billón de personas en 47 países (2). El Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, refiere que existen 19,2 millones de personas de interés para esta organización en el mundo, de las cuales, 15 millones, aproximadamente (en el 2004), son desplazados o refugiados en relación con la violencia (3). En los años ochenta se refugiaron más de dos millones de personas en Centroamérica (4); en Colombia, país donde se

* Representante de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en Colombia.

** Funcionaria de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.

encuentra actualmente la mayoría de desplazados del continente americano, las cifras varían alrededor de 1,75 millones de personas en situación de desplazamiento, registrados (desde 1995 hasta finales del 2005) por el gobierno (5), y las estimaciones son de más de tres millones y medio (acumulativo desde 1985) (6) de personas desplazadas por el conflicto interno.

Según el proyecto global para los desplazados (7), los 25 millones de personas afectadas por desplazamiento interno en el mundo se caracterizan por una desproporcionada vulnerabilidad. Se estima que tres cuartas partes de ellos no cuentan con una asistencia adecuada de sus gobiernos.

En este capítulo se abordan los efectos en la salud mental del desplazamiento forzado. Por la relación que tiene la asistencia humanitaria con la protección de la salud mental, se hace una breve descripción de la misma en el contexto de emergencias complejas. Se describe la experiencia internacional con diferentes tipos de intervenciones. Finalmente, se aborda brevemente el problema del terrorismo y sus efectos en la salud mental.

Asistencia humanitaria y emergencias complejas

La asistencia humanitaria intenta “aliviar el sufrimiento humano como apoyo a los esfuerzos de los gobiernos o autoridades de facto” (8). El Proyecto Esfera constituye “un marco operativo para la rendición de cuentas respecto a las actividades de asistencia humanitaria” e incluye normas mínimas para la respuesta a los desastres en cinco sectores: abastecimiento de agua y saneamiento, nutrición, ayuda alimentaria, refugios y servicios de salud (este último incluye servicios sociales y de salud mental). En el primer capítulo del manual del proyecto Esfera, la Carta Humanitaria evoca los principios en que se basa la asistencia humanitaria: el derecho a vivir con dignidad, la distinción entre combatientes y no combatientes, y el principio de no devolución (9).

La ayuda humanitaria para las víctimas de desplazamiento forzado a menudo se lleva a cabo en una situación de emergencia compleja que se puede definir como: “una crisis crónica o aguda con violencia, desplazamiento de población, inseguridad alimentaria y aumento en la tasa de malnutrición y mortalidad, asistencia humanitaria a gran escala y riesgos para la seguridad del personal humanitario” (10). Las emergencias complejas se diferencian de los desastres naturales por un grupo de características; entre éstas se distingue que hay serias dificultades para la labor humanitaria: existe un colapso de las funciones del Estado, dificultad para

diferenciar entre combatientes y civiles, y violencia contra infraestructuras civiles. Las emergencias complejas suelen ser de una mayor duración que los desastres naturales; además, faltan mecanismos de rendición de cuentas y existe el posible desarrollo de una economía de guerra, el riesgo potencial de que la ayuda humanitaria prolongue el conflicto y que éste se complique por una multiplicidad de actores (11).

Tabla comparativa (según Hallam, adaptada por los autores)

| Emergencias no complejas | Emergencias complejas |
|---|---|
| El éxito está en función del nivel de desarrollo e infraestructura. | El éxito está en función de una solución política. |
| Las deficiencias más importantes en salud pública (si existen) se hacen evidentes. | Las deficiencias en salud pública son catastróficas (inclusive la seguridad alimentaria). |
| La autoridad del gobierno se mantiene intacta. | La autoridad del gobierno está erosionada. |
| La primera respuesta es local, nacional o ambas. El gobierno pide asistencia internacional. | La respuesta local/nacional es difícil o inexistente. Se requiere una intervención humanitaria internacional. |
| Desplazamientos temporales posibles. | Desplazamientos masivos frecuentes. |
| La coordinación de la respuesta es nacional. | La coordinación de la respuesta requiere de una interacción civil-militar. |

Dentro de este contexto, las afectaciones psicosociales de poblaciones en situación de desplazamiento forzado están ampliamente reconocidas -en términos de salud pública y en la práctica humanitaria- como un tema prioritario o de interés particular. No obstante, es necesario destacar que las diferentes intervenciones son tema de discusión a la luz de ciertos vacíos de conocimiento (12-14). En la literatura internacional se ha cuestionado la efectividad de las intervenciones psicosociales habituales en situaciones de violencia política prolongada.

Principales efectos del desplazamiento forzado en la salud mental de la población

Tradicionalmente, en los efectos psicosociales de la violencia y el desplazamiento forzado se describen “desde consecuencias traumáticas pasajeras a otras de prolongada duración” (4). Se basan en los mismos criterios de estrés posterior al desastre que se han manejado en este libro; en sentido general, se pueden categorizar como sigue (13):

- Psicofisiológicos: fatiga, náuseas, temblores finos, tics, sudoración profusa, escalofríos, mareos y trastornos gastrointestinales.
- De comportamiento: cambios del sueño y del apetito, abuso de sustancias, estado hiperalerta, cambios de comportamiento y llanto fácil.
- Emocionales: ansiedad, aflicción, depresión e irritabilidad.
- Cognitivos: dificultades para la toma de decisiones, confusión, falta de concentración y reducción del tiempo de atención.

A largo plazo, varios autores han señalado la posibilidad de pesadillas, disminución del deseo sexual, ansiedad, depresión, violencia doméstica y disminución de la capacidad de trabajo.

Es importante destacar que los síntomas como el insomnio, la ansiedad, la tristeza, el estado de alerta exagerado o las expresiones de desespero y los problemas del comportamiento deben interpretarse, no tanto como elementos patológicos, sino como reacciones normales ante situaciones extremas (15). Como se ha señalado anteriormente, la frecuencia del síndrome de estrés postraumático (*Post-Traumatic Stress Disorder*, PTSD), es mucho menor de lo que habitualmente se había considerado, incluso en situaciones de conflictos armados y desplazamientos forzados (16). Tampoco hay evidencia de que aumente la incidencia de enfermedades psicóticas. El estrés y sus manifestaciones causados por eventos extremos se observan también en los trabajadores humanitarios y se consideran “perfectamente comprensibles o esperados” (17).

El enfoque exclusivamente médico-clínico y occidental, centrado en esquemas diagnósticos-terapéuticos, ha sido criticado como no basado en la evidencia, inapropiado y hasta nocivo (15, 16). En contraste con la información disponible sobre mortalidad, malnutrición y morbilidad por enfermedades infecciosas, encontramos la falta de datos epidemiológicos consistentes sobre problemas psicosociales y trastornos mentales; esto complica la toma de decisiones adecuadas para la intervención (18).

Para entender mejor los efectos del desplazamiento, Ager identifica cuatro fases en el proceso de desplazamiento forzado: una fase pre-desplazamiento, el desplazamiento mismo, una fase de alojamiento temporal o búsqueda de asilo y, finalmente, la reubicación o retorno (19). Cada una de esas fases lleva consigo retos específicos que pueden también afectar la salud mental, entendida en sus dimensiones psicológicas y sociales.

- Pueden existir, desde antes del desplazamiento, factores de riesgo personal (20, 21) o pretrauma, como problemas en la salud mental o de

violencia intrafamiliar; éstos, por lo general, no desaparecen con el desplazamiento y tienen que tomarse en cuenta durante la intervención. Aquí se incluyen también las historias de eventos traumáticos previos (por ejemplo, un desplazamiento anterior).

- El período antes del desplazamiento puede estar repleto de experiencias negativas de tipo social, económico, político e individual, con momentos de sufrimiento extremo (pérdida de familiares, miedo, inseguridad, pérdida de bienes), que muchas veces constituyen los mismos factores que llevan finalmente al desplazamiento.
- El dejar atrás su región o país significa confrontarse con un viaje peligroso, extenuante y una descapitalización o empobrecimiento a la luz de un futuro incierto. No obstante, el desplazamiento mismo significa también una búsqueda de protección; hasta puede ser preventivo, en forma similar a los sistemas de alerta temprana que funcionan en desastres naturales. En estas situaciones, las personas logran protegerse de lo peor.
- La fase de transición temporal lleva consigo nuevas rutinas, cambio del contexto cultural y, sobre todo, una larga espera buscando asistencia humanitaria o soluciones legales y económicas definitivas o transitorias, aunque muchas veces se vive una seguridad relativa en relación con la violencia que motivó el desplazamiento.
- Finalmente, el retorno o la reubicación confrontan al desplazado con un proceso de reajuste en un contexto cambiado y con condiciones que contrastan con el pasado personal y familiar en lo social y económico o, en el caso del retorno, hasta con las amenazas vividas anteriormente. A veces, esta fase no se lleva a cabo de forma satisfactoria por la espera de soluciones duraderas y se complica en temas como derechos de propiedad de bienes, así como tierras o derechos indígenas, como, por ejemplo, en México, Guatemala y Perú (22).

Lo anterior ilustra que el desplazamiento forzado lleva consigo muchos problemas que se convierten en factores de estrés y que pueden afectar la salud mental. La experiencia y la observación del trato de desplazados forzados en el mundo constituyeron la base y obligaron a las Naciones Unidas a pronunciarse sobre la necesidad de proteger a los desplazados, en los siguientes aspectos: garantía de seguridad y trato humano, privacidad y libertad de circulación, de comunicación, de pensamiento y de religión, empleo y educación, personería jurídica y

conocimiento del paradero de sus familiares, el derecho a alimentos esenciales y agua potable, alojamiento y vivienda básicos, vestido adecuado, así como servicios médicos y de saneamiento esenciales (1).

En el análisis de las necesidades psicosociales prioritarias de las personas en condiciones de desplazamiento forzado, se deben considerar todos estos elementos anteriormente señalados que son la base en el camino hacia una adecuada intervención y la recuperación de la normalidad.

Soacha/Colombia

Colombia vive la situación más significativa de desplazamiento forzado por la violencia en nuestro continente. Entre 1,6 millones (datos oficiales) y 3 millones (datos de la sociedad civil) de personas están en condición de desplazamiento (hasta mediados del 2005).

Soacha, una ciudad periférica del área metropolitana de Bogotá, ha servido como receptor de muchos colombianos en esta condición. Soacha ha sido, tradicionalmente, un municipio de pocos recursos comparados con las necesidades de su población históricamente pobre y vulnerable. Aquéllos en situación de desplazamiento, entonces, se vienen a sumar a esta situación generalizada de necesidades básicas insatisfechas y a competir con los residentes históricos por los pocos y precarios servicios públicos disponibles.

La ciudad vive una epidemia de violencia. Cuatro de las cinco primeras causas de mortalidad en la población de 15 a 44 años están relacionadas con la violencia.

Los trabajadores humanitarios refieren la falta de confianza de muchos desplazados para abrirse a la nueva comunidad en que viven. Ni siquiera quieren registrarse como desplazados por miedo a ser identificados por actores armados.

Posibles intervenciones

Básicamente, se distingue entre los programas que favorecen un abordaje individual con base en un modelo de morbilidad psíquica (por ejemplo, utilizando el modelo de la inadecuada reacción individual a un trauma que resulta en un síndrome de estrés postraumático) y los que miran, sobre todo, a la experiencia colectiva y social y, por ende, a las respuestas basadas en la comunidad (23).

Del análisis de los efectos del desplazamiento forzado se puede concluir que los proyectos de asistencia humanitaria en salud mental con un enfoque únicamente individual y médico-clínico no constituyen la respuesta apropiada ni relevante para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento debido a conflicto o violencia.

Al contrario, este enfoque psicopatológico es más la excepción que la regla si miramos la población en general. Varios autores (14) sugieren que los pro-

gramas que privilegian estrategias médicas enfocadas en un tratamiento “profesional” de tipo individual pueden causar más daño que efectos benéficos, porque pueden inhibir mecanismos de recuperación comunitaria. El empleo de un modelo terapéutico individual implica el riesgo de considerar a la víctima como enferma y convertirla en objeto de discriminación. Esto impide la comprensión de los eventos traumáticos originados por la violencia y el desplazamiento (15).

En concordancia con el Proyecto Esfera y la respuesta a desastres, planteamos que “se debe poner el énfasis en las intervenciones sociales”, incluso hasta en la fase aguda (24): poner simbólicamente fin a la experiencia con acciones tan diversas como el acceso a vivienda, agua potable, alimentos y saneamiento y garantías de seguridad, pero, también, el juicio de un perpetrador (por ejemplo, genocida o victimario), la reunificación de familias y la rehabilitación económica son cruciales (25).

En el análisis de la “resiliencia” o “cómo la gente continúa con su vida”, que hace *Médicos sin Fronteras*, se aprecian los factores de protección que influyen en las condiciones de la vida cotidiana, disminuyen los condicionantes de estrés y permiten autogestionar la solución de los problemas psicosociales. Los factores son físicos (asegurar alimentos, agua y protección física), mentales (seguridad, un entorno predecible), sociales (el acceso a mecanismos de apoyo diversos, así como la capacidad de movilizarlos y sostenerlos), espirituales (la capacidad de llevar a cabo rituales y de reconocer cambios de creencias) y morales (valores trascendentales). Estos elementos también se enfatizan en el manual de la Federación Internacional de la Cruz Roja, junto con “el retorno a la normalidad” con actividades escolares y culturales y oportunidades para jugar, charlar y trabajar (26).

En lo referente a la salud mental de las poblaciones desplazadas por el conflicto o la violencia, recomendamos un abordaje psicosocial definido como “la conexión entre los aspectos psicológicos de la vivencia personal (pensamientos, emociones y comportamiento) y las experiencias sociales en el sentido más amplio (relaciones, tradiciones y cultura)” (27). “La mayoría de las personas que experimentan aflicción, dolor y malestar primero buscan a otros alrededor para obtener consejos y sugerencias... La situación es la misma para todos” (28). El principio clave es “¡las personas y las comunidades tienen recursos!”. Así es que el Movimiento de la Cruz Roja preconiza acciones que promueven la autoayuda comunitaria, aunque conscientes de que el tejido social mismo está afectado y, a veces, se necesita un agente exterior para restaurar la confianza y poder comunicarse con seguridad (29).

Los temas clave en los cuales podría contribuir una intervención son:

- la salud física y mental de una persona, así como sus conocimientos y habilidades;
- ecología social (conexiones sociales y sistemas de apoyo mutuo), y
- cultura y valores (el contexto específico y la cultura de las comunidades que influyen en la forma como las personas experimentan, entienden y responden a los eventos traumáticos).

Toole sugiere una incorporación gradual de intervenciones de salud mental en un marco amplio, utilizando herramientas culturalmente apropiadas de evaluación de morbilidad psíquica, estudios de “resiliencia”, apoyo a los mecanismos comunitarios y atención domiciliaria.

Se sugiere, como elemento fundamental del trabajo, la realización de una evaluación de daños y un análisis de necesidades psicosociales con métodos cuantitativos y cualitativos, de los cuales se debe hacer partícipes a los representantes de la comunidad. Las agencias humanitarias deben orientar sus esfuerzos hacia el apoyo a las respuestas que permiten a las comunidades afrontar el duelo, así como la rabia, la pérdida de identidad y el sentimiento de abandono.

Los análisis cualitativos de cómo entienden los desplazados los sufrimientos causados por los conflictos armados incluyen los recursos culturales, religiosos, sociales y personales en la reconstrucción de sus vidas. Existen diferencias en lo que se entiende que necesita un sobreviviente y cómo se le puede ayudar. Se recomienda basarse en perspectivas, recursos y estrategias locales de “resiliencia” y eso no sólo en la etapa de evaluación de fortalezas de las comunidades afectadas, sino también para el diseño de las intervenciones psicosociales, de tal manera que sean culturalmente apropiadas y relevantes (28).

Enfatizamos el trabajo intersectorial e interinstitucional en el marco de una estrategia común que permita la integración efectiva del componente de salud mental en la atención primaria. En situaciones de emergencias complejas y desplazamientos forzados, son importantes la disponibilidad de primeros auxilios psicológicos, el seguimiento de casos con trastornos mentales y el desarrollo de servicios basados en la comunidad.



Resumen de recomendaciones básicas para la actuación

1. Privilegiar las intervenciones sociales. La atención individual de tipo clínico no constituye la respuesta apropiada en salud mental para asistir a las poblaciones afectadas por el desplazamiento forzado. En situaciones de este tipo, es necesario enfatizar en las intervenciones colectivas basadas en la propia comunidad afectada.

2. Manejo adecuado de la memoria histórica

- El manejo adecuado de la memoria histórica es importante en los procesos de atención en salud mental en poblaciones que han sido víctimas de hechos tan graves como las violaciones masivas de los derechos humanos.
- No se ha demostrado que las personas que han vivido graves traumas psicológicos se recuperen más rápidamente cuando se intenta revivir, a toda costa y a todo costo (y, a veces, de manera sistemática a través del tiempo), sus recuerdos del evento.
- Es crucial un proceso donde se ponga fin simbólicamente a la experiencia y se mire hacia el futuro, iniciándose nuevos proyectos de vida. Esto, necesariamente, debe combinarse con acciones de restitución material y moral, mejoría de los niveles de vida, respeto de sus derechos humanos, dignificación de los muertos y desaparecidos, así como el imperio de la justicia y un estado de derecho que asegure el castigo de los victimarios.

3. Fortalecer los recursos comunitarios y favorecer las redes de apoyo social

- La “resiliencia” está directamente vinculada con los factores de protección que facilitan las condiciones de la vida cotidiana.
- Es necesario conectar las vivencias personales con las experiencias sociales en el sentido más amplio.
- Las personas y comunidades tienen recursos propios que les permite afrontar, en alguna medida, el evento traumático. Es necesario fortalecer estos mecanismos de ayuda mutua y autoayuda a nivel familiar y comunitario (redes de apoyo social). Hay que recordar que la mayoría de las personas que experimentan aflicción primero buscan a otros alrededor para obtener consejos y sugerencias.
- Las intervenciones de salud mental deben utilizar herramientas culturalmente significativas y apropiadas.

4. Apoyar las respuestas que permiten a las comunidades vivir sus procesos de duelos colectivos, familiares e individuales. Esto incluye comprender cómo entienden los desplazados los sufrimientos causados por el conflicto armado, así como identificar cómo incluyen los recursos culturales, religiosos, sociales y personales en la reconstrucción de sus vidas.

5. Enfatizar el trabajo intersectorial e interinstitucional. En situaciones de emergencias complejas y desplazamientos forzados, son importantes la disponibilidad de primeros auxilios psicológicos, el seguimiento de los casos con trastornos mentales y el desarrollo de servicios especializados basados en la comunidad.

Terrorismo

El fenómeno del terrorismo nos confronta con un factor fundamental de incertidumbre: no hay cómo protegerse. En contraste con los desastres naturales (como los huracanes), en el caso del terrorismo no es posible determinar un sitio de abrigo o buscar un refugio temporal.

En los países más desarrollados, la población está acostumbrada a un grado de seguridad alto, por lo que las amenazas que no se pueden identificar de dónde y cuándo vienen generan temor, pánico e inmovilismo en las poblaciones.

Varios estudios recientes realizados después del ataque terrorista en Londres, en julio del 2005, muestran que el nivel de malestar (*distress*) entre la población general es de alrededor del 30% (34). Este nivel es coincidente con el de malestar encontrado entre la población en países en conflicto. Por otro lado, el nivel de malestar encontrado entre la población musulmana (cuyos miembros han sido responsabilizados por los ataques) fue el doble, 71%. Esto lleva a los autores a concluir que la comunidad musulmana sufrió desproporcionadamente mayores niveles de estrés comparados con los encuestados de otros credos religiosos. Sin embargo, en esas poblaciones no blancas o musulmanas, no se evidenció un deseo de búsqueda de ayuda o consejería profesional (31).

Los expertos admiten que no se ha demostrado que las personas que han vivido graves traumas psicológicos se recuperen más rápidamente cuando se intenta revivir sus memorias del evento (32). Aparentemente, lo que hay es una necesidad de contactar miembros de la familia y hablar después sobre lo sucedido.

Los ataques terroristas tienden a incrementar el número de personas con quejas somáticas que parecen inexplicables. Estos síntomas, que pueden ser tomados como enfermedades orgánicas, son posiblemente manifestaciones fisiológicas de afectación psicológica causadas por un alto nivel de alerta; hay un miedo a lo desconocido, ya que los actos terroristas significan una amenaza que puede afectar indiscriminadamente (33). Los profesionales de la salud necesitan prepararse apropiadamente para evitar ignorar o subvalorar estos pacientes; lo fundamental es focalizarse en la preocupación del paciente y en el alivio de los síntomas (34).

En un atentado terrorista, a quien se ataca y, por lo tanto, quien se siente atacado, es la sociedad en su conjunto; por consiguiente, es necesario realizar actividades que devuelvan a la sociedad la confianza en sí misma, en sus profesionales y en sus responsables políticos y comunitarios (35). Las campañas públicas de información pueden ser una estrategia para combatir la amenaza psicoló-

gica de los ataques terroristas, en la medida en que ofrezcan información coherente y elementos de reflexión a las personas.

Consideraciones finales

- La necesidad de una atención específica de salud mental en situaciones de desplazamiento forzado no es un tema de discusión, actualmente; sin embargo, sí lo son los posibles modelos de intervención.
- Existe una amplia pluralidad en el entendimiento de los efectos en la salud mental del desplazamiento forzado por violencia y conflicto armado. Las manifestaciones pueden ir desde una reacción emocional transitoria comprensible hasta la patología individual o la disrupción socioeconómica de la comunidad.
- Por consiguiente, existen diferentes modelos de intervención. Estos diferentes enfoques van desde el tratamiento individual de la morbilidad psíquica hasta intervenciones sociales para mitigar el sufrimiento causado por la violación de los derechos humanos.
- La distinción entre necesidades psicológicas y sociales, y otras prioridades en emergencias complejas, es artificial. Lo psíquico-social funciona como un eje horizontal y confluye con otras prioridades como saneamiento, protección física, seguridad, inmunización y distribución de alimentos en las fases agudas y después de la emergencia.
- La atención psicosocial debe priorizar la protección y el fortalecimiento de los mecanismos de “resiliencia” de las comunidades.
- Debe evitarse convertir en problemas médicos las reacciones normales a situaciones extremas como el desplazamiento o el terrorismo.
- Los servicios de salud mental deben combinar lo médico-diagnóstico (la enfermedad) por una parte y lo sociocultural (el malestar) por otro lado. El reconocimiento de que existe una clara interacción entre lo social y lo personal en la comprensión y el abordaje de la salud mental en situaciones de desplazamiento, ofrece más oportunidades para una intervención efectiva.

Referencias

1. Naciones Unidas, Consejo Económico y Social. *Principios rectores de los desplazamientos internos*. E/CN.4/1998/53/ad.2*, 11 de febrero de 1998, p.5-14. Disponible en: www.acnur.org/biblioteca/pdf/0022.pdf.
2. Project 1 Billion. *Mental Health Action Plan. Report on International Congress of Ministers of Health for Mental Health and Post-Conflict Recovery*, Dec 3-4, 2004, Rome, Italy. Disponible en: Harvard University: www.news.harvard.edu/press/pressdoc/supplements/mentalhealth.pdf (citado el 15 de agosto de 2005).
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados. *Refugees by Numbers*. Disponible en: UNHCR www.unhcr.org/cgi-bin/texis/vtx/basics/opendoc.htm?tbl=BASICS&id=3b028097c (citado el 19 de noviembre de 2005).
4. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *La hora de la paz. Desarrollo humano y salud mental. Experiencias en Centroamérica*. San Salvador: Programa de Desarrollo para Refugiados, Desplazados y Repatriados en Centroamérica, PRODERE; 1994.
5. Acción Social, Presidencia, República de Colombia. *Registro único de población desplazada*. Disponible en: www.red.gov.co/Programas/ApoyoIntegralDesplazados/RegistroSUR/RegistroSURMarzo2006/RegistroSUR05042006webacumulado.htm, actualizada el 5 de abril de 2006, citada el 23 de abril de 2006.
6. Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (CODHES). *Comportamiento del desplazamiento 1985-2005*. Disponible en: www.codhes.org/cifra/GraficoTendencias19852005.jpg, actualizada el 26 de octubre de 2005, citada el 19 de noviembre de 2005.
7. Jens-Hagen Eschenbächer, Global IDP Project, Norwegian Refugee Council. *Internal displacement: the future of the collaborative response system*. Humanitarian Practice Network; 2005. Humanitarian exchange, No. 31.
8. United Nations Interagency Standing Committee. *Implementing the collaborative response to situations of internal displacement. Guidance for United Nations humanitarian and/or resident coordinators and country teams*. Geneva: United Nations; 2004. GE-00854-June2005, OCHA/IDP/2005/2. Disponible en: www.reliefweb.int/idp/docs/IASC_WG/IASC%20Policy%20Package%20English.pdf.

9. El Proyecto Esfera. *Manual Esfera*. Ginebra: Proyecto Esfera; 2004. p.18-20. Disponible en: www.sphereproject.org/content/view/27/84/lang,Spanish/.
10. Toole MJ, Waldman RJ. The public health aspects of complex emergencies and refugee situations. *Annu Rev Public Health* 1997;18:283-312.
11. Hallam A. Evaluating humanitarian assistance programmes in complex emergencies. En: Borton J, Gibbons L, Longford S (eds.) *Relief and rehabilitation network*. London: ODI; 1988. Good Practice Review No.7, September 1998. Disponible en: www.odihpn.org/pdfbin/gpr7.pdf.
12. Medics sans Frontieres. *Refugee health. An approach to emergency situations*. London: Macmillan; 1997. p.286-91.
13. Gerrity ET, Flynn BW. Consecuencias de los desastres en la salud mental. En: Noji EK (edit.). *Impacto de los desastres en la salud pública*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
14. Toole M. Emergencias complejas: refugiados y otras poblaciones. En: Noji EK (edit.). *Impacto de los desastres en la salud pública*. Bogotá: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
15. Pupavac V. *Therapeutising refugees, pathologising populations: international psychosocial programmes in Kosovo*. *New issues in refugee research*. Geneva: United Nations High Commission for Refugees (UNHCR). Working paper No.59, August, 2002.
16. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Soc Sci Med* 1995;40:1073-82.
17. International Committee of the Red Cross. *Humanitarian action and armed conflict: coping with stress*. Geneva: ICRC; 2001.
18. Toole M. Improving psychosocial survival in complex emergencies. *Lancet* 2002;360:869.
19. Ager A. *Responding to the psychosocial needs of refugees*. Oxford: University of Oxford Centre for Refugee Studies; 2001. Disponible en: http://earlybird.geh.ox.ac.uk/rfgexp/pdfs/1_2.pdf, citado el 19 de noviembre de 2005.
20. Medics sans Frontieres. *Mental health guidelines. A handbook for implementing mental health interventions in areas of mass violence*. Disponible en: www.msf.org/source/mentalhealth/guidelines/MSF_mentalhealth_guidelines.pdf.

21. The Johns Hopkins and International Federation of the Red Cross. *Public health guide for emergencies* (CD ROM). Geneva: International Federation of the Red Cross; 2002.
22. Norwegian Refugee Council. *Internal displacement: a global overview of trends and developments in 2005*. Geneva: Internal Displacement Monitoring Centre, Norwegian Refugee Council; 2006.
23. Summerfield D. A critique of seven assumptions behind psychological trauma programmes in war-affected areas. *Soc Sci Med*. 1999;48:1449-62.
24. El Proyecto Esfera. *Manual Esfera*. Ginebra: 2004. Capítulo 5, p.346-9. Disponible en: www.sphereproject.org/spanish/manual/html/7_cap5.htm#3.
25. Palmer I. Psychological aspects of providing medical humanitarian aid, ABC of conflict and disaster. *BMJ* 2005;331:152-4.
26. The Johns Hopkins and International Federation of the Red Cross. *Public health guide for emergencies*, (CD ROM). Disponible en: www.ifrc.org/cgi/pdf_pubshealth.pl?chapter12.pdf
27. The Psychosocial Working Group. *Psychosocial intervention in complex emergencies: a framework for practice*. Edinburgh: Queen Margaret University College; 2000. Disponible en: www.forcedmigration.org/psychosocial/PWGINfo.htm.
28. Eyber C, Ager A. Conselho: psychological healing in displaced communities in Angola. *Lancet*. 2002;360:871.
29. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Apoyo psicológico basado en la comunidad. Manual de formación*. Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja; 2003. Disponible en: www.ifrc.org/what/health/psycholog/bestpractices.asp, citado el 19 de noviembre de 2005.
30. Robin GJ, Brewin CR, Greenberg N, Simpson J, Wessly S. Psychological and behavioural reactions to the bombings in London on 7 July 2005: cross sectorial survey of a representative sample of Londoners. *BMJ* 2005;331:606.
31. Medics sans Frontieres. *Psychosocial and mental health interventions in areas of mass violence*. Paris: Medics sans Frontieres; 2005. p.18.
32. News roundup. New York debriefing is "a waste of time". *BMJ* 2002;324:10
33. Hassett A, Sigal L. Unforeseen consequences of terrorism: medically unexplained symptoms in a time of fear. *Arch Intern Med*. 2002;162:1809-13.

34. Fischhoff B, Wessely S. Managing patients with inexplicable health problems. *BMJ* 2003;326:595-7.
35. Soler MJ. *Intervención social ante una gran catástrofe. I Jornadas de Trabajo Social y Ciudadanía: Panorámica desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Madrid, 27 y 28 de octubre de 2004*. Disponible en: www.munimadrid.es/Principal/ayuntamiento/ServMuni/servsociales/publicaciones/Catastrofe.pdf, citado el 25 de noviembre de 2005.

